

MYIASSE FURONCULEUSE : UN NODULE DOULOUREUX TROPICAL A NE PAS MECONNAITRE

A Dicko, O faye, P Traore, K Coulibaly, H Sagara, H Thiam N'Diaye, S Keita.

Service de Dermatologie, CNAM Ex Institut Marchoux. B.P. 251 Bamako (MALI)

Correspondance :Dr Ousmane FAYE Service de Dermatologie CNAM Ex Institut Marchoux B.P. 251 Bamako MALI Email : faye_o@yahoo.fr

RESUME

Nous rapportons un cas de myiase furonculoïde chez une femme de 31 ans qui a consulté pour un nodule douloureux de la cuisse. Le traitement a consisté à l'extraction manuelle de la larve associée à des soins antiseptiques. Nous attirons l'attention des praticiens sur la possibilité de myiase furonculoïde devant tout furoncle qui ne mûrit pas.

INTRODUCTION

La myiase furonculoïde est une affection parasitaire liée à la pénétration active dans la peau de larve de mouche. L'affection sévit en général dans les zones intertropicales d'Afrique et d'Amérique. L'aspect clinique est très souvent trompeur et les cas rarement rapportés. Nous rapportons une nouvelle observation.

OBSERVATION

Mme M, 31 ans, sans antécédents particuliers a consulté pour une lésion papulonodulaire douloureuse de la cuisse gauche évoluant depuis 5 jours. Un traitement à base d'éosine aqueuse 2% en application locale et diclofenac pers os, institué dans un dispensaire n'a apporté aucune amélioration.

A l'examen, on notait un nodule douloureux de consistance molle d'aspect furonculoïde centré par un orifice blanchâtre, dont la pression faisait s'écouler un liquide séreux (fig.1). Une myiase furonculoïde était suspectée. L'irrigation au sérum physiologique laissait ainsi percevoir deux petits points noirs correspondant aux orifices respiratoires de l'asticot (Fig.2). Le traitement consistait en une extraction de la larve par incision du nodule associé à des soins locaux antiseptiques. Le ver était de couleur blanchâtre avec deux extrémités, l'une respiratoire et l'autre anale (fig. 3).

DISCUSSION

Le diagnostic de myiase furonculoïde est purement clinique et repose sur la mise en évidence de l'asticot. Le parasite provient d'une mouche qui pond ses œufs sur le sol humide, le linge mouillé. L'homme se contamine par contact direct avec la larve, ou plus souvent à travers le linge mouillé. La larve pénètre activement la peau en une minute sans aucune douleur. Après une à deux semaines, le développement est complet et la larve quitte son hôte et tombe sur le sol se transformant en puppe, puis en mouche adulte. En Afrique, *Cordylobia anthropophaga* ou ver de Cayor (ancien royaume du Sénégal) est le plus souvent en cause tandis qu'en Amérique, il s'agit surtout du ver macaque. Certaines professions sont particulièrement exposées comme les éleveurs, mais l'affection peut aussi toucher d'autres couches sociales comme les

touristes (1). Les manifestations cliniques sont typiques (2, 3). Il s'agit de papule ou de nodule mais l'aspect classique le plus typique est celui d'un furoncle qui ne mûrit pas. La localisation est en général ubiquitaire, mais sont fréquemment touchées la cuisse, le sein, le dos ou le visage. Notre observation était particulière par le caractère très douloureux de la lésion qui avait fait évoquer une gonarthrite ou une myosite. Le traitement de la myiase est très facile. Il s'agit de faire sortir le ver soit par pression manuelle, par une pince, une incision ou par l'application de vaseline qui bouche les orifices respiratoires du parasite, l'asphyxie l'obligeant à sortir. Ce traitement doit être systématiquement associé à une vaccination antitétanique. La prévention consiste à ne pas s'étendre, ni sécher les vêtements à même le sol, à repasser systématiquement les habits au fer chaud, et enfin créer un environnement salubre pour éviter la pullulation de mouches.

CONCLUSION

La myiase furonculoïde est une affection parasitaire de diagnostic très facile mais souvent trompeur. Nous attirons l'attention des praticiens sur la possibilité de myiase devant tout furoncle qui ne mûrit pas.

REFERENCES

- 1- Bassi E , Bournerias I , Bagot M , Revuz J. Myiase furonculoïde. Ann Dermatol Venerol 2006 ; 133: 734
- 2- Normant P, Aubry P, Grouzien P. la myiase furonculoïde sud-américaine. A propos d'une observation. Med Trop 1981 ; 41 : 229-22.
- 3- Reunala T, Laine LJ, Saksela O, Pitkanen T. Furoncular myiasis. Acta Derm Venerol 1990 ; 70 : 167- 70.



Figure 1: Nodule douloureux de la cuisse



Figure 3: Larve extraite



Figure 2: Incision et pression du nodule laissant percevoir l'asticot